Modelo SC 732
19 febrero 13
PRIFAS

Original - ACC
Copia - Agencia

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Agencia

Dirección

NOMINA DEL PERSONAL IRREGULAR

Nómina Núm. _____

Página Núm. _____

PERIODO QUE CUBRE _____
SITIO _____

CUENTA	FONDO	ORG	PROG	ASIG	AÑO PRES	APORTACION FEDERAL

NÚM	NOMBRE DEL EMPLEADO	NÚMERO SEGURO SOCIAL	HORAS REG.	HORAS EXTRAS	TIPO PAGO REG.	LR/LE Utilizadas	TIPO PAGO EXTRA	PAGO HORAS REG.	TIEMPO EXTRA	SUELDO BRUTO	SEG. SOC. RETENIDO	MEDICARE RETENIDO	CONT. RETENIDA	SEG. SOC. CHOFERIL	OTROS DESC.	CLAVE	TOTAL DEDUCCION	SUELDO NETO	En caso de que el reclamante no sepa firmar haga una cruz. Esta marca será identificada con la firma de un testigo. FIRMA DEL RECLAMANTE
		TOTALES																	

CERTIFICO que las personas incluidas en esta nómina prestaron los servicios en el sitio y las horas arriba indicadas; excepto en los días en que disfrutaron de Licencia Regular o por Enfermedad conforme a la Ley Núm. 110 del 26 de junio de 1958, enmendada; que no he pagado dichos servicios o licencias anteriormente y que la línea Núm. _____ de la página Núm. _____ es la última línea utilizada.

Nombre y Firma Persona Encargada de la Asistencia

Fecha _____ Teléfono _____

CERTIFICO que me consta que los individuos aquí mencionados fueron seleccionados, nombrados y empleados siguiendo los trámites establecidos en esta dependencia para estos casos y de acuerdo con las Leyes y Reglamentos de Personal en aquellos a los cuales se les esta pagando licencia regular o por enfermedad las tienen acumuladas bajo la Ley 110 de junio 26 de 1958, según enmendada. Que los servicios prestados eran necesarios para llevar a cabo el trabajo que se nos ha encomendado y que he verificado la firma del Funcionario Encargado de la Asistencia.

Nombre y Firma Supervisor Inmediato

Fecha _____ Teléfono _____

CERTIFICO que este pago puede propiamente hacerse contra la asignación o fondo arriba indicado; que he verificado la firma del Supervisor Inmediato o Jefe de la Obra, que los cómputos son correctos y no habiendo previamente autorizado el pago de esta nómina, autorizo el pago de la misma.

Nombre y Firma Jefe, Departamento o Dependencia o su Rept. Autorizado

Fecha _____ Teléfono _____

CERTIFICO que estoy autorizado a efectuar desembolsos por este concepto que los saldos en mi poder de este fondo son suficientes para este pago; que he verificado la firma del Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado y que realicé el pago mediante _____ efectivo _____ los cheques número _____al _____ de _____ expedidos contra el banco autorizado por el Secretario de Hacienda.

Nombre y Firma Oficial Pagador Especial

Fecha _____ Teléfono _____

CERTIFICO haber pagado personalmente a los individuos que aparecen en está nómina y a los que aparecen haciendo una cruz e identificados como testigos las cantidades que se especifican al lado de sus respectivos nombres y que los pagos no reclamados por sus dueños han sido devueltos al Oficial Pagador Especial para la acción pertinente.

Nombre y Firma Oficial Pagador Auxiliar

Fecha _____ Teléfono _____

APROBADO POR:

Nombre y Firma

Fecha _____

Conservación: 50 años